

高次脳機能障害者は自らの障害とリハビリテーションを どのように語るか

Semi-structured interview with ten persons with higher brain dysfunction about their perception and experiences of their own dysfunction

松岡 恵子^{1,2)}, 山川百合子³⁾, 小谷 泉⁴⁾, 金 吉晴²⁾

要旨：地域に住む成人の高次脳機能障害者10名を対象とし、自らの障害についてどの要素が語られやすく、どの要素が語られにくいのかを定量化により検討した。その結果、「罹患受傷状況」「仕事上の変化」「他人に行いたいリハビリテーション」はよく語られ、「認知面の変化」「家族の変化」「いまいちだったリハビリテーション」はあまり語られなかった。「脳の障害部位」「仕事上の変化」をよく語るとはMMSEの見当識と有意な相関を示し、「罹患受傷状況」「脳の障害部位」をよく語るとはCIQ総得点と有意な相関を示した。これらの結果から、語られやすいのは自らの障害の知識面や目に見えやすい変化であり、障害についてのそのような語りは見当識機能と関連していると考えられた。

Key Words : awareness, CIQ, 見当識, 高次脳機能障害, SADI

はじめに

当事者会などで当事者が自らの障害を語る際、「より語られやすいテーマ」と「あまり語られないテーマ」があるように感じられる。ひとくちに「自らの障害について語る」といってもそこには自らの障害に関連する多様な要素が含まれており、要素ごとの語りやすさには差があるように思われるのである。そのような語りやすさ・語りにくさについて知ることは、当事者が自らの障害をどのように捉えているかを知る手がかりになるであろう。このような目的により、本研究では当事者の自らの障害についての語りを定量的に分析し、どの要素が語られやすく、どの要素が語られにくいのかを明らかにしたい。

自らの障害をどのように語るかという問題は、自らの障害をどのように認識するかという問題と関連がある。脳に障害を負った当事者は、自らの

認知障害やそれに関連する問題を認識することが難しいといわれてきた(Boakeら, 1995; Draperら, 2009; Heilbronnerら, 1989; Lannooら, 1998; Newmanら, 2000; Prigatanoら, 1990, 1991; Rocheら, 2002; Shererら, 2003)。極端な例では、左片麻痺を無視する病態失認が右半球頭頂葉を含む広汎な領域の損傷によりしばしば生じることが知られている(大東, 2012a)。自らの障害に対する認識の乏しさはリハビリテーションの転帰やその後の社会参加にも影響を与え(Melamedら, 1992; Ownsworthら, 2006; Shererら, 2003)、時間経過によって改善するともいえず(Portら, 2002; Wallaceら, 2000)、当事者の地域生活を考えるうえで重要な問題である。

一方、当事者は、従来思われているよりも自らの障害に気づいているといった報告も多い(阿部, 2011; Hoofienら, 2004; Lamら, 1988; Livengood

【受理日 2013年6月25日】

1) 蒲田寺子屋 Keiko Matsuoka : Kamata TERA KOYA

2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部 Keiko Matsuoka, Yoshiharu Kim : Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

3) 茨城県立医療大学 Yuriko Yamakawa : Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

4) ケアステーション コナン Izumi Kotani : Care Station Konan

ら, 2010; Portら, 2002)。例えばHoofienら(2004)の報告では自らの能力を過大評価したり障害を否認したりするケースはわずか3分の1程度であり, Lamら(1988)の研究では自らの障害を否定していたのは45名中わずか9名であった。また, 名古屋リハの訓練システムを経験した脳外傷当事者を対象とした質的研究では, 「障害をかなり意識している」当事者が約半数あり, 受傷からのステージに応じて最終的には現状を肯定する段階へと変化していた(阿部, 2011)。

「当事者が自らの障害をどのように認識しているか」という問題は, いわゆる awarenessの問題である。PrigatanoとSchacterの定義によれば awarenessとは「主観性を保ちながら客観的にselfを知覚(perceive)する能力」と定義され(Prigatanoら, 1991), 客観的な知識と主観的な感覚との統合とされる。Awarenessの代表的なモデルとしてはCrossonら(1989)の「intellectual awareness」「emergent awareness」「anticipatory awareness」の3段階モデルがあり, そこでは障害への認識はこの順に進展することが想定されている(図1)。

一般に, 認知面の障害よりは身体面の障害のほうが認識されやすい(Hartら, 2004; Hillierら, 1997)。障害への認識を評価する代表的な尺度としてSelf-Awareness of Deficits Interview (SADI)(Flemingら, 1996)があり, 「self-awareness of deficits」「self-awareness of functional implications of deficits」「ability to set realistic goals」の3セクションがある。これらの先行研究から, 「当事者の障害認識」にはさまざまな種類の認識や階層が想定されていることがわかる。認識の階層と活動する脳領域との関連も予想されるが, 苧坂(2012)は, アウェアネスの階層が上がるにつれて関連する脳領域は, 中脳辺縁系ネットワークから後頭・頭頂葉領域ネットワークに移りさらに前頭葉ネットワークにその働きがバトンタッチしてゆくものと推察している。

この問題を複雑にしている要因は, 大東が指摘するように「障害をこうむった機能それ自体が, それ自体として, 自身の障害にそもそも気づきうるものか, というところ」(大東, 2012b)にある。

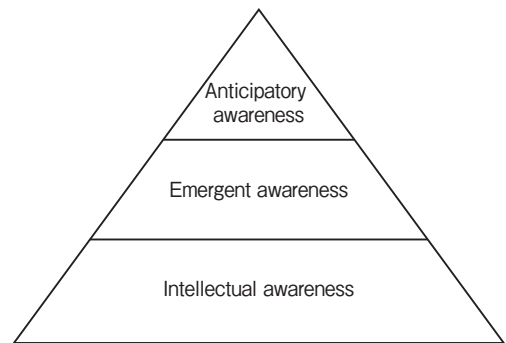


図1 Crossonのawarenessモデル

(Crosson, B. Barco, P.P., Velozo, C.A., et al. : Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. J Head Trauma Rehabil, 4 (3) : 46-54, 1989³⁾より引用)

例を挙げれば, 記憶障害が重度であれば, 記憶障害を有していることすら記憶できないことが予想され, 記憶障害のあることがまさにその記憶障害のために記憶されないであろう。この指摘は, 当事者の認識を評価する際に, 脳に障害のない認知の枠組みを前提としたモデルで捉えることがはたして妥当であるかを問い直すものである。つまり, 認知機能に障害を負った高次脳機能障害者では, 障害への気づき方やその気づきに対する表現の仕方が, 脳に障害のない場合とは異なる可能性がある。実際, 当事者の言葉による意思表示が必ずしも本音とは思えない場合や, 行動と一貫していないケースは散見される。例えば, Lamら(1988)の調査では, 「自分には認知障害はない」「自分は脳外傷で起こった問題に対処している」の双方に「そうだ」と答えた当事者, つまり論理矛盾した回答を行ったアンビバレント群が少なくなかった。このように回答の内容が一貫しない場合のあること(Priddyら, 1988; Boakeら, 1995)を想定すると, 脳に障害のないことを前提とした質問紙等ではその妥当性が問題となる。実際, リカート法の質問紙ではすべて「問題なし」にマルをつける当事者が, 雑談のなかでは自らの障害に触れる発言をすることはしばしばある。このことから, Sbordoneら(1998)や関(2012)が述べるように, 当事者の主観的な訴えやリハビリテーションへの不満も含めた言及そのものを分析することは, 当

表1 インタビューに用いられた項目

-
- 1) どんな状況で障害を負ったのですか? (「罹患受傷状況」)
 - 2) 脳の障害部位はどこだと聞いていますか? (「脳の障害部位」)
 - 3) 受傷・罹患によって自分自身に起こった変化はありましたか? (「身体面の変化」「認知面の変化」)
 - 4) 受傷・罹患によって仕事上で何か変化はありましたか? (「仕事上の変化」)
 - 5) 受傷・罹患によって何か家族に変化はありましたか? (「家族の変化」)
 - 6) これまで受けて良かったと思うリハビリテーションは? (「よかったリハ」)
 - 7) 逆に、いまいちだと思ったリハビリテーションは? (「いまいちリハ」)
 - 8) 同じ仲間にリハビリテーションをするとしたら、どんなリハビリテーションをしたいですか? (「他人へのリハ」)
-

事者の障害認識を知る上で有用な手がかりとなるであろう。そして、そのような言及を引き出す方法としてはオープンクエスチョンによって構成される半構造化面接がもっとも相応しいと考えた。

本研究では、半構造化面接により、当事者が自らの障害およびリハビリテーションについて、どのような側面への質問ならばどの程度語りうるのかを定量化しようと試みた。また、それらの言及は認知機能とどのように関連するかについても検討した。

1. 対象と方法

本研究の対象者は、高次脳機能障害の診断を受け、地域で生活しており、日常的なコミュニケーションに大きな問題がない成人男性10名である。自らの障害を問われることは人によっては侵襲的な体験となるが、できるだけ侵襲的とならない工夫として、インタビュアーと地域臨床の場ですでに面識があるとともに障害について既に自己開示しており、家族とともに落ち着いて日常生活を過ごしていると思われる当事者に限定した。対象者のうち6名は身体障害者手帳を、3名は精神障害者福祉手帳を有しており、残り1名は障害者手帳を取ることを病院に薦められた。よって、すべての対象者は障害者手帳相当の障害を有しているといえる。

対象者には調査内容を詳細に説明し、すべての対象者から書面による同意を得た。本調査プロトコルは茨城県立医療大学倫理委員会にて承認を得

た。

対象者には、障害に関する質問を含むインタビュー調査を行った。質問項目は、SADIの評価のために用いられた質問項目 (Fleming ら, 1996) を参考にして、表1に示すような質問項目を設定した。インタビューの部分はすべて録音し言葉通りに転記を行い、分析は転記を用いて行った。

インタビュー調査のほかに、以下の認知心理学的検査および尺度を施行した。

a. Mini-Mental State Examination (MMSE)

認知機能の全般的なスケール (Folstein ら, 1975; 森ら, 1985)。見当識 (10問)、3単語の記銘、図形描画、暗算など広範囲にわたって認知機能の評価する。30点満点であり、23点以下だと認知機能障害を疑う。

b. Frontal Assessment Battery (FAB)

前頭葉機能の検査 (Dubois ら, 2000; 小野, 2001)。類似課題、流暢性課題、行動プログラム課題などの合計18点で採点され、点数が高いほど前頭葉機能が維持されている。

c. Community Integration Questionnaire (CIQ)

Willer ら (1994) による地域参加の程度を評価する尺度。「家庭内活動 (0点～10点)」、「社会活動 (0点～12点)」、「生産性 (0点～7点)」で採点し、点数が高いほどその領域の社会参加がよくなされている。神奈川リハビリテーション病院脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会 (2001) の訳を用いた。

表2 本研究の対象者(n=10)

	平均値 (SD)	範囲
調査時年齢	58.4 (11.9)	36-74
罹患 (受傷) 年齢	49.0 (11.3)	27-64
原因		
交通事故	4名 (全例にびまん性軸索損傷あり)	
脳卒中	3名 (脳内出血2名うち1名は脳炎合併, 脳梗塞1名)	
その他	3名 (てんかん発作, 脳腫瘍, 低酸素脳症)	
経過月数	112.0 (76.6)	29-290
教育年数	15.8 (1.1)	14-18
教育歴		
専門学校卒業	2名	
大学卒業	7名	
大学院修士課程卒業	1名	
意識不明だった日数	8.6 (12.4)	0-40
MMSE 総得点 (30点満点)	25.3 (4.6)	17-30
日付, 場所などの見当識 (10点満点)	7.8 (2.4)	4-10
FAB 得点 (18点満点)	14.6 (2.4)	11-18
CIQ 得点 (29点満点)	13.2 (11.9)	4-21
家庭内活動 (10点満点)	3.3 (2.7)	0-7
社会活動 (12点満点)	5.9 (2.9)	2-11
生産性 (7点満点)	4.1 (1.6)	2-6

2. 分 析

SADI (Fleming ら, 1996) の3つのセクションすなわち「self-awareness of deficits」「self-awareness of functional implications of deficits」「ability to set realistic goals」について, 採点基準に基づいて0点～3点の採点を行った。ただしSADIの基準だけでは曖昧であると思われたので, 独自に補足を加えた。0点に近いほうが認識が良いとされる (Appendix 1)。

また, 「障害言及項目」として, 表1に示した当事者への質問におおむね呼応するように, 回答を以下の9項目に分けて採点した。「1. どんな状況で障害を負ったかについて (以下, 「罹患受傷状況)」, 「2. 脳の障害部位について (「脳の障害部位)」, 「3. 受傷・罹患によって自分に起こった身体的変化について (「身体面の変化)」, 「4. 受傷・罹患によって自分に起こった認知面の変化につい

て (「認知面の変化)」, 「5. 受傷・罹患によって起こった仕事上の変化について (「仕事上の変化)」, 「6. 受傷・罹患によって起こった家族の変化について (「家族の変化)」, 「7. 良かったと思うリハビリテーションについて (「よかったリハ)」, 「8. いまいちだと思ったリハビリテーションについて (「いまいちリハ)」, 「9. 同じ仲間にもリハビリテーションをしたらどんなリハビリテーションをしたいか (「他人へのリハ)」」。これらの9項目について, 「1点 (おおむね適切に語られた)」, 「2点 (大まかには語られたが不十分と感じる)」, 「3点 (ほとんど語られない, “知らない”などの回答)」という基準を用いて採点を行った (Appendix 2)。

評価者間信頼性を検討する目的で, SADIの3項目および障害言及9項目について, 互いの採点結果を知らない2名 (心理職者および言語聴覚士) が転記を用いて採点を行い, 採点者間の相関を検討した。その後, 採点結果の平均値を算出し, どの項目がよく言及されたかを検討した。また,

表3 対象者の画像所見に関する情報と情報源

原因	画像所見に関する情報 (カッコ内は情報源)
脳外傷症例1	右前頭葉から頭頂葉にかけて障害ありと言われた (本人から)
脳外傷症例2	脳幹部挫傷と言われた。前頭葉にも損傷があると言われた (本人, 家族から)
脳外傷症例3	両側前頭葉 (本人から)
脳外傷症例4	びまん性軸索損傷, 右前頭葉の血流が悪いと診察で言われた (本人から)
脳梗塞症例	右前頭葉, 側頭葉, 後頭葉の陳旧性の梗塞 (資料から)
脳出血症例	左基底核, 両側側頭葉, 両側帯状回, 左前頭葉に血流低下領域 (資料から)
脳出血+脳炎症例	MRI 上は右の前頭葉の一部が壊れていると言われた (家族から)
てんかん重積発作症例	MRI 上は何も出ないが海馬のあたりが壊れていると言われた (家族から)
脳腫瘍症例	左前頭葉および脳質前角の周囲で高信号領域 (資料から)
低酸素脳症症例	MRI 上は何も問題がないと言われた (家族から)

MMSE総得点, MMSE見当識 (MMSEの最初の10問の合計点), FAB総得点, CIQ総得点および下位尺度の得点 (「家庭生活」「社会活動」「生産性」との相関係数を算出した。p 値が0.05以下の場合に有意な関連があるとみなした。

3. 結 果

対象者の属性を表2に示す。平均年齢が58.4歳 (SD=11.9, 範囲36-74), 平均罹患 (受傷) 年齢は49.0歳 (SD=11.3, 範囲27-64) である。全例が就労時もしくは定年退職直後の罹患 (受傷) であり, 罹患前の社会適応は良好と思われた。原因は交通事故による脳外傷が4名, 脳卒中が3名 (うち脳内出血が2名, 脳梗塞が1名), その他が3名 (てんかん重積発作, 脳腫瘍, 低酸素脳症) であり, 最低でも発症から2年半以上経過していた。平均教育年数は15.8年 (SD=1.1) であり, 全員が専門学校もしくは大学を卒業していた。すべての対象者は大学もしくは専門学校を問題なく卒業し, 安定した職業に就き, 受傷 (罹患) までは安定した勤務を継続していた。このことから, 本研究の対象者は病前の知的機能が比較的高い集団であると推察された。MMSE平均得点は25.3点 (SD=4.6), FAB平均得点は14.6点 (SD=2.4), であり, 前頭葉機能が大きく障害された対象者はなかったが, 記憶に関しては重度者からほぼ問題のない当事者まで含まれている。CIQ平均得点は13.2点

表4 対象者のSADI平均得点 (n=10)

	平均得点 (SD)
Self-awareness of deficits	1.45 (1.04)
Self-awareness of functional implications of deficits	1.30 (0.79)
Ability to set realistic goals	1.70 (1.11)

註: 点数が低いほど「よく語られた」ことを意味する。

(SD=11.9) と高くなかったが, これは, 定年退職後の高齢者が多かったことと, すべてのケースに同居家族がおり, 家族による家庭生活のサポートを受けているためと思われた。また表3には, 当事者の画像所見に関して得られた情報を記した。

2名の評価者によるSADI3項目の相関係数 (Spearman's r) は, 「self-awareness of deficits」「ability to set realistic goals」がそれぞれ $r=0.740$ と $r=0.616$ と高かったが, 「self-awareness of functional implications of deficits」は $r=0.298$ と低かった。また障害言及項目については, 「罹患受傷状況」「いまいちリハ」「他人へのリハ」の相関係数は $r=0.315 \sim 0.493$ でやや低かったが, 他は $r=0.642 \sim 0.904$ という高い相関が得られた。これ以降は2者の採点を平均した値を分析に用いた。

表4に, SADIの3項目の平均得点 (SD) を示す。3項目の平均得点は1.3~1.7の間にあり, もっとも認識が乏しいとされた分野は「ability to set realistic goals」であった。

表5には, 障害言及項目の平均得点 (SD) を示した。これによれば, 「罹患受傷状況」「仕事上の

表5 対象者の障害言及項目の平均得点 (n=10)

	平均得点 (SD)	
1. 罹患受傷状況	1.55	(0.64)
2. 脳の障害部位	1.75	(0.75)
3. 身体面の変化	1.85	(0.85)
4. 認知面の変化	2.15	(0.81)
5. 仕事上の変化	1.65	(0.67)
6. 家族の変化	2.25	(0.68)
7. よかったリハ	1.75	(0.72)
8. いまいちリハ	2.15	(0.67)
9. 他人へのリハ	1.55	(0.60)

註：点数が低いほど「よく語られた」ことを意味する。

変化」「他人へのリハ」は比較的良好に語られた項目であった。一方、「認知面の変化」「家族の変化」「いまいちリハ」は十分に語られなかった項目であった。ただし回答を精査したところすべての対象者が認知面の変化を語らなかったわけではなく、失語を除く認知面の変化について自発的に言及した対象者が5名あり、いずれも記憶障害への言及であった。

ここで、「よかったリハ」「いまいちリハ」「他人へのリハ」に対する当事者の回答例を挙げる(表6)。平均点からみれば、「よかったリハ」は比較的良好に語られた項目であるが、これまでに受けたリハビリテーションの実例を列挙するケースも多く、“どれが効果的というよりはすべてが効果的”と答える当事者もあった。「いまいちリハ」であり具体的なリハビリテーションの実例が出なかったのはそのような感じ方の裏返しであるかもしれない。また、「他人へのリハ」では比較的多くのケースが豊かなアイデアを発表している。

表7には、認知機能・社会参加とSADI・障害言及項目との相関を示した。MMSEの見当識は、「脳の障害部位」($r=-0.721$, $p<0.05$), 「仕事上の変化」($r=-0.878$, $p<0.01$)と強い相関を示した。CIQ総得点は「罹患受傷状況」($r=-0.716$, $p<0.05$)「脳の障害部位」($r=-0.808$, $p<0.01$)と相関しており、内訳をみるとCIQ「家庭内活動」は「罹患受傷状況」($r=-0.677$, $p<0.05$), 「脳の障害部位」($r=-0.733$, $p<0.05$), 「身体面の変化」($r=-0.692$, $p<0.05$)と相関がみられ、CIQ「社会活動」は「罹

患受傷状況」($r=-0.748$, $p<0.05$), 「脳の障害部位」($r=-0.919$, $p<0.01$), 「よかったリハ」($r=-0.756$, $p<0.05$)と相関がみられた。いずれの相関も、それらの機能が高いほど、その項目の語りが充実しているという結果であった。

4. 考 察

本研究では、高次脳機能障害当事者が自らの障害についてどのように語るかを、インタビューを通じて検討した。その結果、罹患(受傷)状況や罹患による仕事上の変化は語られやすく、自らの認知面の変化や家族の変化、いまいちだったリハビリテーションについては語られにくかった。SADIのなかでは、現実的なゴールは語られにくかった。他の尺度との関連については、MMSEの見当識は脳の障害部位および仕事上の変化を語ることと関連がみられ、CIQで評価される家庭内活動や社会活動への参加は、罹患(受傷)状況や脳の障害部位の語りと関連していた。

本研究の結果から、慢性期にある当事者で語られやすかったのは、「身体上の変化」「仕事上の変化」など比較的良好に自らの外部にあり見えやすい変化や、「罹患(受傷)状況」のように障害のなかでも知識的なことであった。また「よかったリハビリテーション」「いまいちだったリハビリテーション」よりも「他人にやってみたいリハビリテーション」のほうが語られやすかったことは、自分の事ではなく他人の事として想定される事象のほうがより想像力を働かせやすかったのではないかと解釈された。一方、「認知面の変化」「家族の変化」など、明確に目に見えない変化については言及が多くはなかった。これらをまとめると、当事者の語る自らの障害と再生のストーリーは、自らの内部にある障害と回復を内省して作られるというよりは、罹患(受傷)後のさまざまな体験や与えられた情報によって上書きされ続けているのかもしれないと解釈された。

身体面の変化が認知面の変化よりも認識されやすいことは先行研究と一致した結果である(Hartら, 2004; Hillierら, 1997)。本研究で言及されや

表6 「よかったリハ」「いまいちリハ」「他人へのリハ」の回答例

対象者	よかったリハ	いまいちリハ	他人へのリハ
No.1	えー、まず一番には、OTが一番ですね。(その後、筋トレマシンの話)	いや、いまいちはないですね。それでSTでもパズルみたいなものとか、いろいろあって…(以下、列挙)	レクリエーションがたくさんあったらいいかなと思います。
No.2	両手で鉄の棒を持って、走る練習をしたのが、いちばん良かったです。	特に思いつきません。	具体的には思いつかないんですけど、PTのような理学療法を企画したいと思います。
No.3	やっぱり身体的なものとしては、今やっているヨガ体操…(以下、列挙)	効果がなかったリハビリってのはないですね。必ず、身体を使ってゆくものを中心に、今現在ですと、デイサービスってところ行って、あまり面白くないけど、効果あんまりないと思うけど、やっぱり体操ってのもあるし。(以下、運動効果についての話)	リハビリ、やっぱり、精神的なものです。ただみんなの意見を聞く、これは非常に自分のためになっているんですよ、くだらないこと言ってるかもわからないけど、リハビリだとわたしは思っています。
No.4	効果があつたってのはわかんないです。いろんなことがすべて効果があるんだとは思いますが、どのリハビリが効果があつたかは、うーん。	効果があるのかどうかというようなことは思ったことはないですね。体力回復に役に立ってるとは自分も思いますから、別に役に立ってないとかそんなことは何一つないと思っています。	まずは体操教室とかで身体を動かしたり、それからまた会社に戻る上ではパソコンを触ったりするのもいいですね。
No.5	リハビリ?みんな効果的だったよ。無駄なものはないよ。	だから、みんな効果的だったよ、なんといってもわらをもすがる思い、何もわかんない世界にいたんだからさ。ありがたいと思うよ、そういう人にとってみりゃあ。	音とか絵とか使うもの、五感を使わせるんだよ。リハビリ来る人達は、知能が悪いわけじゃなくてどこかが止まっているだけだから、そのどこかを動かしてあげればいいんだ、一カ所動かしてあげれば動き出すんだ、きっと。
No.6	歩行ですね。	例えばぐるっと輪になってお手玉をまわしっこするんですね。隣の人に隣の人にと渡してゆくんですけどね、そのたびに、じゃんけんして買ったらわたし、負けたら逆にその相手がもらうとかね、そんなこともやらせるんですけど、なんのことはない、じゃんけんに行ってるようなもんだと。	文書課にいたものですから、文字は命みたいなものでした。ですから、例えば、読みにくい漢字をもって読んでもらうとか、それなら、昔取った、知識が活かせるかもしれないですね。
No.7	1つはPTで、歩けるようになったのが非常によかったと思います、実際に歩けるようになってから、脳の回復がすぐすっきりしたような気がしますので、やはり人間は二足歩行すべきだなというふうに思ってます。また、先生たちのご指導で自分で問題を作ったのは非常に効果的というか自分で意味があつたかなと思います。	言語とか、STとかOTもいくつかはやったんですけど、まあ、こんなことやらすの?っていう感じのものばかりだったですね。	ひとつは言語の不自由な方には自分なりに自分のテーマを決めて話をさせていただくというのがいいかなと思います。で、そうでない方でも、何かテーマを作ってその話をさせていただくとか、あるいはそのテーマに沿った作文を書いてもらうというのが効果的なんじゃないかなと思います。
No.8	うーん、何だろう。うーん、数字を順番に繋いでいく検査というか、あの、1から2、3、4と…。	いや、それは、ないですね。うーん…それは、特にないですね。	うーん、楽しい形のやつがいいですね。歌を歌うとか。
No.9	うーん、効果あつたリハビリって別にないんだよな。うちの(妻)がね、そんなだったらうちでやらせてって、うちでやってみて、何でうちのがやってくれたんだ。リハビリってリハビリじゃないんだよね。	いまいちって何だろうな?うーん、いまいちって…うーん、別になんにもないんだよな。何があるんだろう。何でもできちゃったからなあ。	リハビリか…高次脳の人…やっぱし、高次脳でも家族会に出てきてくれて、一緒にお話しなかったら、わかんないんだよね。これ、しゃべるのは嫌いな人っていないんだよね。みんなほんとにしゃべりたいんだよ、ほんとに。
No.10	OTでillustrator(註)を使って絵を描いたのが面白かったですね、面白かったって言うか、すごい役に立ったと思いますね。	うーん、ないですね。これやってて意味あんの?っていうところはないですね。これではほんとに効果あるのかよってくらい簡単なものでも、やっぱりそれを続けていたことで若干の筋力アップとかにつながっていると思うので。	当事者団体で週末に運動したりしてたんですけど、そのほうがよほど役に立つんじゃないかというか。そこで、楽しめてなおかつ、よりうまくなりたいという意識というか、目標的なものを見つけれればなあ、ああいう活動がベストなのかなと思う。

註：Adobe社の描画ソフト。

表7 SADI および障害言及項目と、MMSE, FAB, CIQ 得点との相関 (Spearman's r)

	SADI	障害言及項目											
	Self-awareness of deficits	Self-awareness of functional implications of deficits	Ability to set realistic goals	罹患受傷状況	脳の障害部位	身体面の変化	認知面の変化	仕事上の変化	家族の変化	よかったりハ	いまいたりハ	他人へのりハ	
MMSE 総得点	0.355	0.152	-0.178	-0.349	-0.568	-0.278	0.197	-0.566	-0.248	-0.392	-0.278	-0.507	
MMSE 見当識	0.296	-0.131	-0.406	-0.624	-0.721 *	-0.480	0.201	-0.878 **	-0.410	-0.573	-0.109	-0.406	
FAB 総得点	0.121	-0.085	-0.205	-0.183	-0.398	-0.238	0.098	-0.016	-0.087	-0.132	0.532	0.103	
CIQ 総得点	-0.114	-0.101	0.019	-0.716 *	-0.808 **	-0.589	-0.228	-0.494	-0.294	-0.695	0.115	-0.125	
家庭内活動	0.031	-0.096	0.120	-0.677 *	-0.733 *	-0.692 *	-0.033	-0.536	-0.399	-0.549	0.168	-0.032	
社会活動	-0.090	-0.095	-0.166	-0.748 *	-0.919 **	-0.608	-0.244	-0.529	-0.284	-0.756 *	-0.070	-0.390	
生産性	0.317	0.151	0.131	0.066	-0.016	-0.032	0.317	-0.163	0.083	0.273	0.279	0.312	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

すかった項目の多くはCrossonのモデルでいえばintellectual awarenessと考えられるが、それはawarenessの最初の段階と想定されており、慢性期にあってもこのようなintellectual awarenessが優勢である傾向は持続することが本研究の結果から示唆された。Crossonによれば、最終段階であるanticipatory awarenessの獲得には遂行機能が必要であり、すべての当事者がその段階に到達できるわけではないとしたが(Crossonら, 1989), 本研究でもゴールの設定が必ずしも妥当とは思われない語りも散見され、慢性期にあるからといってすべての当事者がanticipatory awarenessに到達できるわけではないことが本研究からも示唆された。

「自らの脳の障害部位」や「障害によって起こった仕事上の変化」を語る談話は、MMSEの見当識と関連していた。よって、これらのいわばintellectual awarenessは見当識と近い機能といえる。また見当識は記憶機能と関連が深いため、自らの障害に関する知識を語るには、ある程度の記憶機能が必要であることを示す結果といえる。しかしすべての対象者が認知面に言及しなかったわけではなく、自発的に認知障害に言及した当事者が5名あり、そのいずれも記憶障害への言及であった。それらの言及の有無と当事者の日常でのもの忘れエピソードとの関連を精査すると、ほぼすべてのエピソード記憶を忘却する重度記憶障害者1名では確かに認知障害への言及はなかったが(Ex.「何も変わってないよ」), 多少エピソード記憶が残存する当事者では記憶障害に言及していた(Ex.「やっぱいちばん大きいのはね、記憶を維持できないってことです」)。よって、エピソード記憶がある程度残存する当事者において、言及されやすい認知障害は記憶障害であるかもしれない。本研究では詳細な記憶検査を行わなかったため、今後はそのような評価が आवश्यकであると思われる。

一方、FAB得点と障害についての語りは相関がみられなかった。本研究の対象者はFAB得点が11～18点であまりばらつきがなかったために、FABで評価される前頭葉機能との相関が見えにくかったものと思われる。

社会参加と障害への言及には相関関係がみられ

た。この結果はawarenessの障害が社会参加の妨げになるという先行研究 (Melamedら, 1992) と一致した結果である。しかしその2つに因果関係があるというよりは、背景に共通の要因がある、すなわち前述のように見当識やあるいは本研究で評価できなかった他の要因 (意欲や人格傾向など) が交絡要因となっているのではないかと解釈された。

本研究では「よかったリハビリテーション」「いまいちだったリハビリテーション」という設問を設定したが、前者に比べて後者を語る当事者は少なかった。その理由としてはいくつか考えられる。ある当事者が語ったように「すべてを経験して今があるので、無駄なものなどない」という肯定的な考えのためであるかもしれないが、リハビリテーションに関わっているインタビュアーに対してはリハビリテーションへの批判的言及が行いにくかった可能性もある。あるいは、建設的な批判に結びつくための感情的な体験があっても、記憶障害などの理由から、それを想起したり、振り返って発言したりすることに困難があるのかもしれない。専門職者であると同時に当事者となった関 (2012) は、「患者の気持ちは医療者にはわかってもらえない」と述べ、当事者からの不満をも発信し、相互理解可能な関係の構築をめざそうと提言した。現在では地域福祉の場でも当事者が支援計画に参画するのが望ましいという風潮になってきており、本調査でも少数であるが「いまいちだったリハビリテーション」について陳述した当事者の意見は価値のあるものである。しかし、本研究の結果から考えれば、どれほどの当事者が自らの経験に基づく建設的な批判を言語化できるのか、その促進のためにはどのような支援が必要であるのか、議論の余地があると思われる。

本研究の限界を述べる。本調査では自らの障害について直接的な質問を行い、障害に関する談話を引き出したが、直接的に障害を問わない質問、あるいはより自由な会話のほうが自らの障害が語られやすい可能性も考えられ (松岡ら, 2011)、談話を得る方法にはさらなる工夫が必要である。本研究は対象者が少ない上、病前機能の高い男性のみであったため、サンプルが偏っている可能性がある。また、評価者間信頼性の低い項目もあり評

価尺度に工夫が必要である。さらに、本研究では分析対象としなかった要因、例えば脳の障害部位や情動機能がawarenessに影響を及ぼすことは十分予想できるため、結論を出すにはそれらの変数を考慮に入れたより精練された研究が必要である。さらに研究を重ねてゆく予定である。

文 献

- 1) 阿部順子：高次脳機能障害者の障害認識とその変容過程-当事者の語りから。総合リハ, 39 (3) : 273-281, 2011.
- 2) Boake, C., Freeland, J.C., Ringholz, G.M., et al. : Awareness of memory loss after severe closed-head injury. *Brain Injury*, 9 (3) : 272-283, 1995.
- 3) Crosson, B., Barco, P.P., Velozo, C.A., et al. : Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil*, 4 (3) : 46-54, 1989.
- 4) Draper, K., Ponsford, J. : Long-term outcome following traumatic brain injury: a comparison of subjective reports by those injured and their relatives. *Neuropsychol Rehabil*, 19 (5) : 645-661, 2009.
- 5) Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., et al. : The FAB : a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55 : 1621-1626, 2000.
- 6) Fleming, J.M., Strong, J., Ashton, R. : Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury : how best to measure? *Brain Injury*, 10 : 1-15, 1996.
- 7) Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. : "Mini-Mental State" : A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 (3) : 189-198, 1975.
- 8) Hart, T., Sherer, M., Whyte, J., et al. : Awareness of behavioral, cognitive, and physical deficits in acute traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 85 : 1450-1456, 2004.
- 9) Heilbronner, R.L., Roueche, J.R., Everson, S.A., et al. : Comparing patient perspectives of disability and treatment effects with quality of participation in a post-acute brain injury rehabilitation programme. *Brain Injury*, 3 (4) : 387-395, 1989.
- 10) Hillier, S., Metzger, J. : Awareness and perceptions

- of outcomes after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 11 (7) : 525-536, 1997.
- 11) Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E., et al. : Unawareness of cognitive deficits and daily functioning among persons with traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol*, 26 (2) : 737-749, 2004.
 - 12) 神奈川県リハビリテーション病院脳外傷リハビリテーションマニュアル編集委員会 : 脳外傷リハビリテーションマニュアル. 第1版, 医学書院, 東京, 2001, p.144.
 - 13) Lam, C.S., McMahon, B.T., Priddy, D.A., et al. : Deficit awareness and treatment performance among traumatic head injury adults. *Brain Injury*, 2 (3) : 235-242, 1988.
 - 14) Lannoo, E., Colardyn, F., Vandekerckhove, T., et al. : Subjective complaints versus neuropsychological test performance after moderate to severe head injury. *Acta Neurochir (Wien)*, 140 : 245-253, 1998.
 - 15) Livengood, M., Anderson, J.W., Schmitter-Edgecombe, M. : Awareness of memory self-awareness following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24 (4) : 598-608, 2010.
 - 16) 松岡恵子, 小谷 泉, 山里道彦, ほか : 外傷性脳損傷のインタビューにおける障害への自己言及について. 電気情報通信学会ヒューマンコミュニケーショングループHCGシンポジウム第3回バーバル・ノンバーバルコミュニケーション研究会, 2009. (文部科学省科学研究費補助金 平成20～22年度 新学術領域研究(研究課題提案型) 課題番号20200043「逸脱を吸収する社会実現に向けたコミュニケーションギャップ生成—解消機構の解明」研究成果報告書, 2011, pp.134-139.)
 - 17) Melamed, S., Groswasser, Z., Stern, M.J. : Acceptance of disability, work, involvement and subjective rehabilitation status of traumatic brain-injured (TBI) patients. *Brain Injury*, 6 (3) : 233-243, 1992.
 - 18) 森 悦朗, 三谷洋子, 山鳥 重 : 神経疾患患者における日本版Mini-Mental Stateテストの有用性. *神経心理*, 1 : 2-10, 1985.
 - 19) Newman, A.C., Garmoe, W., Beatty, P., et al. : Self-awareness of traumatically brain injured patients in the acute inpatient rehabilitation setting. *Brain Injury*, 14 (4) : 333-344, 2000.
 - 20) 大東祥孝 : 病態失認と身体意識. *高次脳機能研究*, 32 (3) : 94-99, 2012a.
 - 21) 大東祥孝 : 高次脳機能障害のアウトエアネス awareness. *高次脳機能研究*, 32 (3) : 74, 2012b.
 - 22) 小野 剛 : 簡単な前頭葉機能テスト. *脳の科学*, 23 : 487-493, 2001.
 - 23) 苧阪直行 : 高次脳機能とアウトエアネス. *高次脳機能研究*, 32 (3) : 75-79, 2012.
 - 24) Ownsworth, T., Clare, L. : The association between awareness deficits and rehabilitation outcome following acquired brain injury. *Clin Psychol Rev*, 26 : 783-795, 2006.
 - 25) Port, A., Willmott, C., Charlton, J. : Self-awareness following traumatic brain injury and implications for rehabilitation. *Brain Injury*, 16 (4) : 277-289, 2002.
 - 26) Priddy, D.A., Mattes, D., Lam, C.S. : Reliability of self report among non-oriented head-injured adults. *Brain Injury*, 2 (3) : 249-253, 1988.
 - 27) Prigatano, G.P., Altman, I.M. : Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 71 : 1058-1064, 1990.
 - 28) Prigatano, G.P., Schacter, D.L. : Introduction. In *Awareness of deficit after brain injury: clinical theoretical issues* (eds Prigatano, G.P., Schacter, D.L.) . 1st Ed., Oxford University Press, New York, 1991, pp.1-12. (中村隆一, 監訳 : 脳損傷後の欠損についての意識性—臨床的・理論的論点—. 序章. 医歯薬出版, 東京, 1996.)
 - 29) Roche, N.L., Fleming, J.M., Shum, D.H.K. : Self-awareness of prospective memory failure in adults with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16 (11) : 931-945, 2002.
 - 30) Sbordone, R.J., Seyranian, G.D., Ruff, R.M. : Are the subjective complaints of traumatically brain injured patients reliable? *Brain Injury*, 12 (6) : 505-515, 1998.
 - 31) 関 啓子 : 私の脳梗塞—当事者となった高次脳機能障害専門家の経験. 東京高次脳機能障害協議会 (TKK) 発足10周年・NPO法人設立5周年記念事業「高次脳機能障害者のための自立と安心の支援をめざしてin東京」(特定非営利活動法人東京高次脳機能障害協議会 (TKK), 編). 第1版, 特定非営利活動法人東京高次脳機能障害協議会発

行, 2012, pp.8-35.

- 32) Sherer, M., Hart, T., Nick, T.G. : Measurement of impaired self-awareness after traumatic brain injury: a comparison of the patient competency ratings scale and the awareness questionnaire. Brain Injury, 17 (1) : 25-37, 2003.
- 33) Wallace, C.A., Bogner, J.: Awareness of deficits:

emotional implications for persons with brain injury and their significant others. Brain Injury, 14 (6) : 549-562, 2000.

- 34) Willer, B.S., Ottenbacher, K.J., Coad, M.L. : The Community Integration Questionnaire : A comparative examination. Am J Phys Med Rehabil, 73 (2) : 103-111, 1994.

Appendix 1 Self-awareness of deficits interview (SADI) の採点基準と採点用の補足 (Flemingら, 1996より引用)

1. Self-awareness of deficits			
0点 (関連性のある) 認知的／心理的問題が、患者／クライアントから、一般的な質問に対する応答において報告される。あるいは、特定の質問への応答において、それらがよく認識されている。	1点 いくつかの認知的／心理的問題は報告されるが、他については否定するか、過少評価されている。患者／クライアントは、比較的小さな身体的変化（傷跡など）に焦点を当てる傾向を示すか、障害に関する特定の質問に対してのみ認知的／心理的問題を認識している。	2点 身体障害のみが認識されている。認知的／心理的変化は、否認、矮小化され、確かでない。患者／クライアントは、急性期に起こった問題を認識しているかもしれないが、残存している問題是否認し、人は障害があると言うかもしれないが自分ではそう思わないと述べる。	3点 (明確な身体障害以外は) いかなる障害の認識も示さない。患者／クライアントは、自分に課された問題のみを把握している。例えば、運転を禁止されている、アルコールを禁止されているなど。
採点用の補足 自らの記憶障害、性格変化、怒りっぽさ等を、実際の障害と同等かそれ以上に認める言及。	いくつかの認知的問題は認めるが、それは生活に影響を及ぼすほどではない、などの言及。	身体障害についての言及。 認知的問題への認識はわからない、あるいは語られない。	自らに何か身体的・認知的変化があったことを否定する。
2. Self-awareness of functional implications of deficits			
0点 患者／クライアントは、現在の機能的状態（自立した生活、仕事／学業、余暇、家の管理、運転）について正確に述べ、どのように脳損傷問題が関連する機能を制限しているかを特定できる。またはそれらの問題を克服するために何か代償法を用いている。	1点 自立した生活、仕事、運転、余暇などについて、質問や実例を問かけると一部の機能に関する含意が得られる。患者／クライアントは、例えば、それについてはやってないからわからないというふうに、他の機能的問題については確かでない。	2点 患者／クライアントは、障害に関連するいくつかの機能的含意について認識しているかもしれないが、その問題の重要性を過小評価している。他の起こりうる障害については、患者／クライアントから明確に否定されるかもしれない。	3点 機能的帰結についてはわずかな認識のみしか得られない。患者／クライアントは問題を認識していない。ある種のタスクを行うことを禁じられている場合を除く。彼／彼女は、医学的アドバイスを明確に無視し、飲酒や運転といったリスクを伴う行動について約束を守らない。
採点用の補足 「こんな状態じゃ車の運転はできない、怖いから運転はしない。」 「仕事をやめざるをえなくなった。」などの回答。	「車の運転は難しいだろうが、いつかはできると思う」などの回答。		
3. Ability to set realistic goals			
0点 患者／クライアントは、理にかなった現実的なゴールを設定している。脳外傷が（関連のある）機能のいくつかの分野に影響し続けるであろうことを認識している。すなわち、受傷によって未来のゴールは修正されている。	1点 患者／クライアントは、いくらか非現実的な、特定しにくいゴールを設定するが、この先いくつかの機能に問題があるであろうことを認識している。すなわち、まだそうしてはいないが、ゴールは将来的に修正する必要があるとわかっている。	2点 患者／クライアントは、非現実的なゴールを設定している、あるいはゴールを設定できない、6ヵ月後にどのように機能しているかを知らないが、受傷後の状態に戻ることを望んでいる、すなわち、ゴールの修正は起こっていない。	3点 患者／クライアントは、6ヵ月後には受傷前のレベル（もしくはさらに高いレベル）にあると、疑いなく考えている。
採点用の補足 その目標は実現可能と思われる。	目標は、頑張りによれば実現可能かもしれない。高い目標であるが当事者がその困難性を認識している。	目標はかなり実現が難しいものである。	置かれている立場や年齢などの現実状況からすれば非現実的な目標、あるいは、目標を考えることができない。

Appendix 2 障害言及項目の採点表

	おおむね適切に語られている。 まわりくどくても十分な情報が 出ていればこちらにチェック。	おおまかには語られるが 情報が不十分だと感じる	ほとんど語られない、 語ることができない、 「知らない」などの応答。
罹患受傷状況	1点	2点	3点
脳の障害部位	1点	2点	3点
身体面の変化	1点	2点	3点
認知面の変化	1点	2点	3点
仕事上の変化	1点	2点	3点
家族の変化	1点	2点	3点
よかったリハ	1点	2点	3点
いまいちリハ	1点	2点	3点
他人へのリハ	1点	2点	3点